

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mars 1892, à 1 heure

PAR LOUIS DUVACHER,

Né à Segré (Maine-et-Loire), le 21 Décembre 1863.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPANCHEMENTS CHRONIQUES DE LA PLÈVRE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. } TARNIER, Professeur.

BAR et CHANTEMESSE, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

123

THE STATE OF NEW YORK

IN SENATE

JANUARY 1, 1900

REPORT

OF THE

COMMISSIONERS OF THE LAND OFFICE

FOR THE YEAR 1899

ALBANY

1900

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mars 1892, à 1 heure

PAR LOUIS DUVACHER,

Né à Segré (Maine-et-Loire), le 21 Décembre 1863.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPANCHEMENTS CHRONIQUES DE LA PLÈVRE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. } TARNIER, Professeur.
 } BAR et CHANTEMESSE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.		BROUARDEL.
	Professeurs.....		MM.
Anatomie.....			FARABEUF.
Physiologie.....			CH. RICHET.
Physique médicale.....			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....			GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....			BAILLON.
Pathologie et thérapeutique médicales.....			BOUCHARD.
Pathologie médicale.....			DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....			DEBOVE.
Anatomie pathologique.....			LANNELONGUE.
Histologie.....			CORNIL.
Opérations et appareils.....			MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....			TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....			REGNAULD.
Hygiène.....			HAYEM.
Médecine légale.....			PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....			LABOULBÈNE.
			STRAUS.
Clinique médicale.....			SEE (G.).
			POTAIN.
			JACCOUD.
			PETER.
			GRANCHER.
Maladie des enfants.....			BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....			FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....			CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....			VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....			LE FORT.
			DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			LE DENTU.
			GUYON.
Clinique ophthalmologique.....			PANAS.
Clinique d'accouchement.....			TARNIER.
			PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SCEUR. A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE. A MA TANTE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERNET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin à l'Hôpital Andral
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

On peut désigner, sous le nom d'épanchement chronique de la Plèvre, des épanchements survenus presque toujours d'une manière insidieuse, durant depuis plusieurs mois et même plusieurs années, sans montrer aucune tendance à la résorption et ne dénotant le plus souvent leur présence que par la gêne mécanique qu'ils apportent au fonctionnement régulier des poumons et du cœur.

Les Traités classiques de pathologie contiennent une étude fort incomplète de ces vieux épanchements ; c'est que les observations en sont encore trop peu nombreuses pour tracer leur histoire. De là pour le médecin une hésitation bien légitime lorsqu'il s'agit de leur appliquer un traitement. Autrefois on n'osait pas toucher à ces épanchements par crainte de déplacer les organes refoulés depuis longtemps, de provoquer une syncope mortelle, de produire une fistule si le poumon ne remplissait pas la cage thoracique, mais

surtout par crainte de transformer cet épanchement indolent en une pleurésie purulente aiguë pouvant occasionner la mort. C'est ce que redoutaient les médecins du général russe qui fait l'objet de la curieuse observation de N. Guéneau de Mussy : « Quelques médecins lui avaient parlé de l'opportunité d'une intervention, mais le plus grand nombre y avait vu un danger immédiat et avait porté sur ses conséquences le plus funeste pronostic. » Avec les ressources actuelles de l'antisepsie, on n'a plus ces risques à courir et on peut avec une sécurité complète pratiquer la thoracenthèse.

Ajouter deux observations nouvelles à la liste si courte de ces vieux épanchements, tel est le but de notre thèse inaugurale.

Après un aperçu historique sur les épanchements chroniques de la plèvre, nous consignerons dans un premier chapitre nos deux observations suivies de quelques considérations thérapeutiques et nous ajouterons, en les résumant, les observations que nous avons pu recueillir à différentes sources ; dans le second chapitre, nous chercherons à mettre en relief ce qu'elles ont de commun et de particulier ; le troisième chapitre sera consacré au traitement.

Notre travail a été entrepris avec l'approbation bienveillante de notre Maître à l'hôpital Beaujon, M. le Dr Fernet, nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour les excellents conseils qu'il nous a donnés.

Que nos Maîtres dans les hôpitaux, MM. Gouraud

et Berger acceptent tous nos remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont sans cesse témoignée pendant nos années d'externat.

Nous prions M. le Professeur Debove de vouloir bien agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Ces épanchements, par le fait même de leur chronicité, étant le plus souvent de nature purulente, ont été étudiés sous les noms d'épanchement graisseux, d'épanchement chyliforme, d'empyème bénin, de pleurésie purulente latente. N. Guéneau de Mussy a relaté en 1872, dans une leçon sur la thoracentèse dans les épanchements pleuraux anciens, deux cas de pleurésie purulente ancienne, qui peuvent être considérés comme des types de vieux épanchements pleuraux. En 1881, M. Debove communique à la Société médicale des hôpitaux un mémoire sur un nouvel épanchement chyliforme, il fait une étude détaillée de l'épanchement et des lésions de la plèvre. La même année, le Dr Sain-ton, réunissant douze observations de ces épanchements chroniques purulents, faisait dans sa thèse inaugurale une bonne description clinique de l'affection, dont il exagère peut-être un peu la bénignité. En 1887, M. Debove communique à la Société médicale des hôpitaux quatre observations nouvelles, dont trois personnelles, et une quatrième due à M. Desplats, de

Lille, observations qui donnèrent lieu à une intéressante discussion où MM. Debove, Guyot, Rendu, Bucquoy prirent la parole à propos du traitement de ces pleurésies. En 1888, dans son remarquable *Traité de l'Empyème*, M. Bouveret consacrait à l'empyème graisseux tout un chapitre où il décrit les caractères cliniques de l'affection et les lésions observées dans les rares autopsies. Enfin, en 1889, M. le Dr Vaté fait de la pleurésie purulente latente le sujet de sa thèse inaugurale et considère ces pleurésies comme étant le plus souvent de nature tuberculeuse.

Nous rapprocherons de ces épanchements chroniques purulents trois faits d'épanchements chroniques de la plèvre où il s'agit de liquide hémorrhagique au lieu de liquide purulent.

CHAPITRE PREMIER

Observations.

OBSERVATION I (*personnelle*).

Epanchement chronique et purulent de la plèvre datant de un an et demi. — Sept thoracentèses. — Un seul lavage à l'eau boriquée naphtolée. — Guérison.

Le nommé Charles P..., garçon marchand de vins, entre le 20 mai 1891, pour une pleurésie gauche, dans le service de M. Fernet. Nous ne trouvons rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Il était en parfaite santé jusqu'au mois de juillet 1889. A cette époque, à la suite d'un refroidissement, il est pris de frissons, de courbature, de toux, etc.; ce malaise se dissipe au bout de cinq à six jours, mais la toux persiste, devient plus fréquente, et, au mois de septembre apparaît, dans le côté gauche, une douleur assez vive qui dure quinze jours à trois semaines. Il perd l'appétit, transpire la nuit, s'affaiblit et éprouve une telle gêne à respirer qu'il est obligé de coucher au rez-de-chaussée, ne pouvant monter dans sa chambre située au premier étage. Au mois de décembre, atteint de grippe, il reste trois semaines dans le service de M. Gombault. Depuis cette époque, son état reste à peu

près stationnaire, il ne cesse de tousser, il maigrit un peu, le point de côté apparaît par intervalles, il continue quand même à travailler, s'arrêtant de temps en temps, lorsque la faiblesse et l'oppression augmentent. Depuis trois semaines sa dyspnée est plus forte.

Cet homme a encore un certain embonpoint ; il est pâle, fatigué, sa respiration est courte. Aucun trouble digestif. Pas de fièvre. Quand on examine sa poitrine, on est frappé de l'asymétrie considérable qu'elle présente ; il existe une voussure très prononcée du côté gauche. Il a tous les signes physiques et fonctionnels d'un grand épanchement. On pratique la thoracentèse dès le soir de son entrée ; on retire, sans aspiration, deux litres de liquide blanc-jaunâtre, opaque, complètement inodore. Cette première ponction diminue sa dyspnée, ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucun mouvement fébrile. On entend un peu de bruit respiratoire en avant et dans la fosse sus-épineuse. La pointe du cœur bat toujours sous le sternum. Le malade prétend respirer mieux qu'il y a trois mois.

24 mai. 2^e thoracentèse ; 1,250 grammes de liquide purulent.

2 juin. 3^e thoracentèse ; 1,260 grammes.

A la suite de ces trois ponctions, le thorax n'est plus aussi bombé ; la matité qui s'étend toujours dans toute la hauteur est moins absolue dans la moitié supérieure en arrière ; dans ce même espace, on perçoit les vibrations thoraciques ; en avant, le bruit respiratoire assez bon devient plus faible à mesure qu'on descend vers l'aisselle ; en arrière la respiration est normale dans les deux tiers supérieurs, affaiblie dans le tiers inférieur.

16 juin. 4^e thoracentèse : 1,600 grammes de liquide transparent dans l'index de l'aspirateur, un peu louche sous une grande épaisseur. Le malade, à la fin de la ponction, accuse de la fatigue, des tiraillements dans le côté gauche. La respiration normale dans toute la hauteur est un peu moins ample en avant, mais à la fin de l'inspiration, elle est mêlée à de fines crépitations résultant du déplissement pulmonaire. Le cœur a repris sa position normale, on sent la pointe sous le mamelon gauche.

30 juin. 5^e thoracentèse ; 1,550 grammes de liquide. Le malade éprouve la même fatigue, les mêmes tiraillements que précédemment.

L'état général est toujours excellent ; le malade, à quatre degrés d'alimentation, demande un supplément de pain.

7 juillet. 6^e thoracentèse ; 850 grammes de liquide s'écoulant difficilement.

Les examens dont il sera question plus loin ayant démontré la virulence non atténuée du liquide, on se décida à faire suivre la ponction d'un lavage antiseptique de la plèvre. On fait pénétrer en trois fois dans la cavité pleurale deux litres et demi d'eau boriquée tiède, saturée de naphthol et on y laisse à demeure environ 300 grammes de cette solution. Le malade n'a éprouvé aucun malaise ; le soir, la fièvre est de 38°8, c'est la première fois, depuis son entrée à l'hôpital, que l'on constate une élévation de la température qui descend d'ailleurs le lendemain matin à 37°.

Les jours suivants, on constate une matité toujours complète, mais peut-être moins accusée, une respiration excellente mêlée de crépitations, excepté dans la partie inférieure, où elle est un peu affaiblie.

Sur la demande de M. Fernet, M. Girode fit à plusieurs reprises l'examen du liquide retiré de la plèvre ; nous transcrivons la note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre et pour laquelle nous lui adressons tous nos remerciements.

Examen histologique et bactériologique du liquide.

« Au moment de la ponction, le liquide est franchement trouble, mais il ne présente pas cependant l'opacité du pus vrai ; on a plutôt l'aspect un peu laiteux des épanchements chyliformes. Après 24 heures, il s'est déposé au fond du bocal une légère couche blanchâtre qui occupe environ 1/25 de la hauteur du liquide. Au-dessus, le liquide a gardé l'apparence déjà notée la veille d'un épanchement chyliforme. Après avoir décanté, on constate que le dépôt est formé par de fins grumeaux très peu résistants. Au microscope, on note :

1° Quelques leucocytes énormes, chargés de particules grasses ;

2° De rares globules rouges non altérés ;

3° Un très grand nombre de fines granulations amorphes, représentant un détritit de cellules ;

4° Beaucoup de globules gras, généralement assez fins, souvent englués dans une substance granuleuse.

L'examen bactériologique a porté sur le liquide retiré, avec une seringue de Pravaz stérile, le 22 mai, le 16 juin et le 19 juillet. Entre le 2° et le 3° examen, avait été faite l'injection naphtolée (30 juin).

La recherche des microbes directement sur lamelles et en préparations colorées a été négative : on sait du reste que cette recherche est presque constamment rendue négative par le seul fait de la présence de nombreux globules gras (ainsi pour le lait, par exemple). Au contraire, les cultures ont permis d'affirmer que ce vieil épanchement en régression chyloforme était encore peuplé de microbes.

Les différents milieuxensemencés après le 22 mai et en particulier les plaques de gélatine confectionnées quelques minutes après la ponction se sont régulièrement et rapidement peuplées d'un microcoque que l'étude méthodique ultérieure a montré être le *staphylococcus pyogenes albus*. Les cultures étaient absolument pures.

La ponction du 16 juin a été suivie d'investigations analogues et a conduit à des résultats absolument identiques.

Enfin l'enquête qui a été faite à l'occasion de la dernière ponction, le 29 juillet, quoiqu'elle ait été conduite suivant les mêmes principes, a permis de constater que le liquide retiré était stérile et ne donnait plus lieu à aucun développement microbien. »

19 juillet. 7° thoracentèse ; on retire avec difficulté 1,400 grammes de liquide.

Cet homme part le 31 juillet en parfaite santé.

Il revient voir M. Fernet le 3 novembre, il a bonne mine, il est bien portant, il respire librement. Les signes physiques sont restés

les mêmes, à part la matité moins prononcée surtout en avant ; l'épanchement ne s'est pas reproduit.

Le 24 février 1892, c'est-à-dire *sept mois et demi après la dernière ponction*, il demande à rentrer à l'hôpital, se plaignant d'un peu de gêne dans le côté gauche du thorax. Examen fait, les conditions physiques de la poitrine sont absolument les mêmes que lors de la sortie et de l'examen fait depuis cette époque. La santé générale demeure excellente et il demande lui-même à sortir le 27 février.

En raison de la santé excellente de cet homme, de l'absence de toute oppression, de la tendance des signes physiques à s'améliorer, il est permis de considérer sa guérison comme définitive.

Il s'agissait donc ici d'une pleurésie à marche lente, d'un pyothorax, datant de juillet ou tout au moins de septembre 1889, époque à laquelle la toux devient plus fréquente, l'appétit se perd, les forces diminuent, l'oppression fait des progrès, le point de côté survient, donc vieille de 18 à 22 mois ; et ce qui prouve encore qu'elle existe depuis longtemps, c'est qu'après la première ponction de deux litres, le malade affirme respirer mieux qu'il n'avait fait depuis trois mois et cependant l'auscultation dénote encore un épanchement adondant ; c'est aussi la voussure du côté gauche existant depuis longtemps qui s'affaisse après les deux premières ponctions. Il est probable que ce liquide pleural a été purulent d'emblée ou l'est devenu lorsqu'en décembre 1889, le malade fut atteint de grippe, car on ne constate depuis ce temps aucune manifestation

réactionnelle appréciable marquant la transformation purulente de l'épanchement, mais une marche lente, continue du liquide, correspondant à l'oppression qui s'accroît.

Ce pus était-il un pus mort, non actif, s'agissait-il en un mot d'un vaste kyste pleural, ou bien avait-il des propriétés nocives, virulentes ? M. Girode y découvrit la présence du *staphylococcus pyogenes albus* en activité purulente.

En présence de ce vieil épanchement pleural, ne s'accompagnant d'aucun processus inflammatoire, très peu infectieux puisqu'il ne donnait lieu à aucune réaction générale, quelles étaient les indications ?

Les diurétiques, révulsifs, drastiques n'avaient aucune chance de réussir. L'empyème eut permis l'évacuation immédiate, la destruction sur place de tous les foyers infectieux, mais on courait les risques d'une fistule permanente. Cette pleurésie purulente était, il est vrai, totale, généralisée, peut-être cloisonnée, mais avec ce vieil épanchement il n'était pas question de pleurotomie précoce et si on échouait avec les ponctions simples ou suivies de lavages, il était toujours temps de recourir à l'empyème. Vider la plèvre jusqu'à épuisement ; permettre à ce poumon atelectasié, bridé par de fausses membranes, de se dilater progressivement jusqu'à reprendre son expansion normale ; si le liquide se reproduisait et présentait encore quelque caractère infectieux, chercher à supprimer ce caractère infectieux, telle parut être la ligne de conduite à suivre.

Les trois premières ponctions donnèrent un résultat

satisfaisant : la voussure du côté gauche avait disparu ; la respiration était devenue bien plus facile ; il y avait tendance à l'expansion pulmonaire ; l'état général était meilleur ; la percussion donnait en avant et en arrière une matité complète due à la coque épaisse, fibreuse, tapissant la plèvre, mais on entendait le murmure vésiculaire normal en avant et dans la moitié supérieure en arrière. L'épanchement se vidait donc peu à peu, comme le prouvaient la respiration s'entendant chaque fois dans une plus grande étendue, les vibrations thoraciques plus sensibles, le cœur revenu à sa place normale, la tension intra-pleurale moins forte, l'écoulement du liquide ne se produisant qu'avec une aspiration continue. On avait retiré 4 litres et demi de liquide, ce qui paraît être à peu près la capacité de la plèvre d'un adulte bien conformé ; mais ici il fallait tenir compte de la voussure du côté gauche, de l'abaissement du diaphragme, du refoulement du médiastin, on pouvait donc estimer la capacité pleurale à six litres, peut-être neuf litres, comme dans une observation de M. Debove. Ce n'était pas probable cependant, car la respiration affaiblie et les quelques crépitations qu'on entendait en arrière dans le tiers inférieur indiquaient une couche de liquide peu épaisse. Les deux ponctions suivantes ne furent suivies d'aucune amélioration notable et M. Girode avait trouvé dans ce liquide les staphylocoques aussi vivaces qu'au début. On avait donc retiré en tout 7,660 grammes de liquide. L'état stationnaire dû sans doute à la reproduction de l'épanchement, la virulence non atténuée des microbes

décidèrent M. Fernet à faire un lavage antiseptique, destiné à détruire les germes infectieux ou du moins à gêner leur action en les rendant moins actifs, moins virulents et à laisser une partie de cette injection à demeure dans la plèvre. On employa l'eau naphtolée, car, d'après la communication de M. le Professeur Bouchard à l'Académie des sciences (24 octobre 1887), le naphtol empêche le développement « de deux organismes de la suppuration, le *staphylococcus albus* et le *staphylococcus aureus*. »

La respiration devint meilleure à la partie inférieure. Le 19 juillet (12 jours après l'injection), on retira de la plèvre les 300 grammes d'eau naphtolée laissée à demeure et le reliquat de l'épanchement, évalué à 800 grammes; dès le début il fallut faire une très forte aspiration, preuve de la très faible tension intrapleurale. L'épanchement était devenu stérile; l'enquête qui a été faite à l'occasion de la dernière ponction, le 19 juillet, a permis de constater que le liquide retiré était stérile et ne donnait plus lieu à aucun développement microbien. »

Dans ces conditions la plèvre était rendue aseptique et l'épanchement ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION II.

Hématome de la plèvre datant de six ans. — Sept thoracentèses. — Guérison.

(Clinique de M. FERNET. *Mercredi médical*, 1890.)

X..., 28 ans, ouvrier typographe, entre le 2 novembre 1890 dans le service de M. Fernet pour une pleurésie gauche. Il y a six ans, cet homme avait eu une pleurésie pour laquelle il avait été ponctionné et d'après les renseignements qu'il donne, cette pleurésie avait été nettement hémorrhagique. Bien qu'après cette ponction le malade fut très oppressé et eut encore de l'épanchement, les médecins qui l'avaient soigné paraissent ne pas avoir osé renouveler la thoracentèse. Cependant, après trois mois de maladie, il était presque complètement rétabli et pouvait reprendre son travail, mais il conservait la respiration toujours un peu courte et au moindre effort, il était très rapidement essoufflé; cette dyspnée disparaissait par le repos. Depuis 15 jours, l'oppression augmentait, c'est ce qui décida ce malade à entrer à l'hôpital.

L'examen physique donnait une matité absolue et une abolition complète du murmure respiratoire dans toute la hauteur de la poitrine du côté gauche. Le cœur était déplacé, on le sentait battre à droite du sternum, un peu en dedans du mamelon. Malgré la grande quantité de l'épanchement, l'amplexation faisait sentir une diminution très notable de la moitié gauche du thorax et le cyrtomètre indiquait un centimètre de moins du côté malade que du côté sain. Le soir même de son entrée, ce malade éprouvait une telle oppression qu'on lui fit d'urgence une thoracentèse, qui donna issue à un litre de liquide brun noirâtre.

3 novembre. 2^e ponction : 500 grammes.

8 novembre. 3^e ponction : 400 grammes.

14 novembre. 4^e ponction : 600 grammes.

Le 17 novembre, on trouve pour la première fois une sonorité normale jusque dans le second espace intercostal en avant. L'auscultation donne des résultats concordants, à la fin de chaque inspiration, on entend un petit bruit de déplissement pulmonaire. On entend un peu de murmure respiratoire dans la fosse sus-épineuse ; le cœur ne paraît pas revenu sur lui-même.

19 novembre. 5^e ponction : 550 grammes.

26 novembre. 6^e ponction : 500 grammes.

10 décembre. 7^e ponction, et l'on ne peut retirer que 300 grammes de liquide hémorrhagique.

A la suite de cette dernière ponction, l'examen du malade donne une sonorité à peu près normale en avant, mais en arrière la matité persiste au-dessous de l'épine de l'omoplate. La respiration absolument pure en avant et jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate s'affaiblit à la partie inférieure. Le cœur bat entre le bord gauche du sternum et le mamelon.

3 janvier 1891. Trois ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz, pratiquées dans l'endroit même où ont eu lieu les ponctions précédentes, ne donnent aucun résultat. Le malade déclare que depuis sa dernière pleurésie, il ne s'était jamais senti aussi bien portant.

« Tenant compte des renseignements fournis par le malade qui depuis six ans n'avait jamais eu la respiration absolument libre ; tenant compte aussi de ce fait que la poitrine, au lieu d'être augmentée de volume du côté de l'épanchement, était au contraire rétractée, nous en arrivions à conclure que notre malade portait cet épanchement hémorrhagique depuis six ans. Le problème à résoudre était donc celui-ci :

Devions-nous respecter cet épanchement, c'est-à-dire nous borner à retirer en quelque sorte l'excédent du liquide qui donnait au malade son oppression récente et nous en tenir là après l'avoir ramené au point où il en était il y a cinq ans ? Ou bien devions-nous, par des ponctions successives et modérées, chercher à évacuer cet épanchement de façon à permettre, si cela était encore possible, l'expansion progressive du poumon et le retrait du thorax ?

Il s'agissait d'un adulte et l'évacuation complète du liquide pratiquée successivement était à tenter avec des chances égales de succès et d'échec, et l'on pouvait, si la coiffe pulmonaire n'était pas trop résistante, espérer obtenir la guérison. L'événement est venu justifier nos espérances. »

OBSERVATION III (*résumée*).

Thoracentèse pratiquée dans un cas d'épanchement pleurétique datant de quinze années. — Amélioration considérable.

(GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*, t. I, p. 638.)

Le malade était un général russe, âgé de 50 ans, atteint de pleurésie gauche 15 ans avant de venir consulter M. N. Guéneau de Mussy. Mal soigné, traînant son mal au travers des contrées sauvages, se couchant quand la violence de la fièvre l'exigeait, bra-

vant, dès qu'il pouvait se relever, les fatigues et les intempéries des climats, ce malade fut soumis sans succès au traitement par les révulsifs et la médication interne. Le côté gauche acquit des dimensions énormes, la dyspnée augmenta, c'est alors, seulement, en 1868, que Guéneau de Mussy fut appelé en consultation. En plus de cet épanchement très abondant, le malade était atteint d'insuffisance aortique. Le début d'une asphyxie lente, la crainte d'une syncope favorisée par la lésion du cœur décidèrent Guéneau de Mussy à pratiquer la thoracentèse. Une première ponction donna 1,500 à 1,800 grammes de liquide puriforme, inodore, ne contenant aucun leucocyte. A la suite de cette ponction, la voussure thoracique était moins accentuée, le cœur moins en dehors, l'aspect et la physionomie meilleurs ; le malade retrouva le sommeil et l'appétit. Cette amélioration s'accrut après les deux ponctions suivantes ; le malade ne voulut pas attendre la 4^e ponction et il partit en Russie où, pendant quelques années, il jouit d'une santé passable, puis succomba à une affection aiguë.

OBSERVATION IV (*résumée*).

Epanchement pleural purulent datant de près de deux ans. — Trois thoracentèses suivies d'amélioration pendant plus d'un an et demi.

(GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*, t. I, p. 661.)

Jeune homme de 23 ans, forgeron, entre, en 1869, dans le service de Guéneau de Mussy pour une pleurésie gauche. Il avait eu deux hémoptysies abondantes, l'une 3 ans, l'autre 2 ans auparavant, et c'est à la suite de cette dernière qu'il avait éprouvé, pendant quatre mois, une vive douleur dans le côté gauche. Depuis, il

ne cessait de tousser, il s'affaiblissait, mais continuait toujours à travailler. Au moment de son admission à l'hôpital, la respiration était fréquente, courte, anxieuse ; les téguments de la face commençaient à se cyanoser ; il existait une voussure énorme du côté gauche mat dans toute sa hauteur. Silence respiratoire. Les troubles de la nutrition et de l'hématose commandaient d'intervenir.

8 avril. 1^{re} ponction ; 2 litres 1/2 de liquide verdâtre.

Il n'y eut aucun trouble digestif, le sommeil fut calme. Le lendemain on constate dans tout le côté gauche le retour du murmure vésiculaire, lointain dans le tiers inférieur. La sonorité revient ; le cœur reprend sa place.

L'amélioration s'accrut aux deux ponctions suivantes et le malade profita de l'absence momentanée de Guéneau de Mussy pour obtenir sa sortie de l'hôpital et reprendre son métier de forgeron dans une usine. En 1870, les privations, le froid excessif, les émotions altérèrent sa santé et il revint à la fin de l'année, plus d'un an et demi après la dernière ponction, retrouver Guéneau de Mussy. Le malade est repris d'essoufflement et le côté gauche présente de nouveau une voussure énorme. Dans les trois quarts inférieurs de ce côté, il y a de la matité et du silence respiratoire ; le cœur est dévié à droite.

OBSERVATION V (*résumée*).

**Pleurésie purulente datant de un an. — Six thoracentèses.
Guérison.**

(E. BARIÉ. *Progrès médical*, 1875, p. 94)

Le nommé K..., journalier, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 5 janvier 1874. Depuis un an, il tousse, éprouve

de la gêne pour respirer, perd ses forces peu à peu. Malgré cet état maladif, il continue à travailler. La faiblesse augmente, il s'alite. On lui applique successivement six vésicatoires. En novembre apparaît une douleur au côté gauche.

A son entrée, le malade est pâle, amaigri, d'aspect souffreteux ; pas de dyspnée, toux peu fréquente. A la vue, le côté gauche est considérablement élargi. Cœur déplacé, la pointe bat à droite. Matité absolue dans toute la hauteur. Absence complète de murmure respiratoire. Pas de vibrations thoraciques.

1^{re} thoracentèse. 750 grammes de pus bien lié, inodore.

Cinq jours après, 2^e thoracentèse ; 1,000 grammes de pus.

La matité diminue. Un peu de murmure respiratoire.

A la suite des trois ponctions suivantes, l'amélioration est notable ; le malade se lève toute la journée, prend de l'embonpoint, a un très grand appétit. La matité ne monte plus que jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. On entend le murmure vésiculaire très net au sommet gauche et en arrière. Le cœur reprend sa place. La partie gauche du thorax s'affaisse.

28 avril. 6^e ponction ; 1,350 grammes de pus.

Le 24 mai, c'est-à-dire plus de trois semaines après la dernière ponction, le malade quitte l'hôpital en parfaite santé.

OBSERVATION VI (*résumée*).

Pyothorax latent chez un jeune homme atteint de polyurie simple depuis son enfance. — Thoracentèse. — Guérison.

(*In thèse SAINTON. Paris, 1881.*)

Le nommé R..., ouvrier, 21 ans, entre le 15 juin dans le service de M. Proust. En dehors d'une polyurie abondante existant depuis

sa jeunesse, ce jeune homme éprouve depuis deux mois un affaiblissement croissant et, de temps à autre, un peu de gêne pour respirer. Son état général paraît bon; il n'est pas amaigri; ses traits sont seulement un peu fatigués, un peu pâlis. Il ne tousse pas, mais éprouve souvent de vives douleurs dans le côté droit. Deux jours après son entrée, dyspnée considérable avec cyanose des lèvres et des joues. On lui fait une première ponction; trois quarts de litre de liquide purulent.

Après cette première ponction le malade eut de la fièvre, la température monta jusqu'à 39°3; on constata les signes d'une reproduction partielle de l'épanchement. Onze jours après, la température s'abaissait et tout mouvement fébrile disparaissait rapidement. En même temps le reste de l'épanchement diminuait sensiblement.

L'amélioration s'accrut de jour en jour; les forces revinrent.

OBSERVATION VII (*résumée*).

Pleurésie purulente datant de deux ans et demi. — Une thoracenthèse. — Guérison.

(*In thèse SAINTON. Paris, 1881.*)

Au mois d'août 1878, un jeune homme de 17 ans, bijoutier, est admis dans le service de M. le Professeur Sée, suppléé par M. Debove.

Il était grand, mince, avait le teint pâle et semblait fatigué, on pouvait le prendre à première vue pour un phtisique. Il ne toussait que rarement. Deux ans et demi auparavant, il avait eu une pleurésie traitée par les vésicatoires; le rétablissement fut incomplet, la poitrine se déforma, la respiration resta courte et, après les fatigues, le malade était sujet à de petits accès d'oppression.

Quand on examine la poitrine, on remarque une voussure considérable du côté gauche. Matité absolue dans toute la hauteur. Pas de vibrations thoraciques. La pointe du cœur refoulée à droite bat sous le sternum. Silence dans toute la hauteur ; pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone. Fièvre nulle. Digestions moins bonnes depuis quelques jours, mais pas de symptômes généraux graves. Thoracentèse ; un litre de liquide jaune, crémeux, sans odeur.

Le thorax s'affaisse un peu. Le soir, le malade eut un peu de fièvre. Les jours suivants la température resta encore élevée et atteignit 39°5 ; le malade perdit l'appétit et dut rester au lit. Cet état fébrile, indice certain d'une poussée inflammatoire, dura quinze jours. Au bout de ce temps, la fièvre diminua peu à peu, l'oppression semblait moins forte.} Le malade, dont l'état général était bon au moment de la sortie, n'a pas été revu.

OBSERVATION VIII (*résumée*).

Pleurésie ancienne. — Thoracentèse. — Amélioration.

(*In thèse FABRE. Paris, 1873.*)

B..., mécanicien, entre à la Pitié le 16 juin 1873, dans le service de M. Marotte. Cet homme est fort, bien constitué. Il a toujours joui d'une bonne santé. Depuis trois ans, de temps en temps, il souffre dans le côté et a un peu d'oppression. Depuis trois mois, il a, par moments, le soir, un peu de fièvre. Il n'en continua pas moins ses occupations, s'arrêtant parfois quelques jours pour se reposer. La dyspnée augmentant, il entre à l'hôpital.

Au moment de son entrée, l'état général est bon, pas de fièvre. Le malade a de l'appétit et du sommeil, mais il est très oppressé. Il est obligé de faire de grands efforts pour introduire de l'air dans

sa poitrine. Le moindre mouvement un peu brusque augmente sa dyspnée. Point de toux ; point d'expectoration. Matité dans tout le côté gauche de la poitrine ; pas de vibrations thoraciques. Silence respiratoire. 1^{re} thoracentèse ; 4 litres et demi de liquide huileux, jaunâtre.

Aussitôt après la ponction, le malade eut des quintes de toux violentes. Le lendemain, il est bien ; il a bon appétit, bon sommeil, on entend la respiration dans tout le côté gauche de la poitrine. Vingt-et-un jours après sa ponction, l'amélioration s'est maintenue et le malade part de l'hôpital.

OBSERVATION IX.

Pleurésie purulente ancienne. — 4 thoracentèses. — Amélioration.

(DEBOVE. *Société médicale des Hôpitaux*, 1887, p. 72.)

Le nommé H..., âgé de 30 ans, est admis dans mon service le 14 février 1884. Il était malade depuis six mois. Sa santé générale était jusque-là bonne, lorsque peu à peu il sentit ses forces décliner, cracha quelques filets de sang, mais jamais il ne dut garder le lit, ni même interrompre son travail avant son entrée à l'hôpital.

Nous constatons alors qu'il est apyrétique, un peu amaigri et qu'il présente, à une certaine pâleur près, l'apparence d'une assez bonne santé ; il n'y a pas même d'anhélation lorsqu'on l'observe à l'état de repos. L'examen du thorax nous révèle l'existence d'un épanchement considérable du côté gauche. Le diagnostic, pleurésie latente, est posé. Nous pratiquons la thoracentèse et nous retirons un litre de liquide séro-purulent ; ce n'était pas du pus franc,

mais un épanchement séreux, louche. Nous croyions qu'il restait bien deux litres de liquide dans la plèvre, mais suivant notre habitude nous n'avons pas enlevé la totalité de l'épanchement. Il est important de noter que la purulence s'est produite d'emblée, avant toute thoracentèse.

On est donc obligé de reconnaître qu'ici la thoracentèse ne peut être incriminée. Dès que cette opération fut introduite dans la pratique courante, on l'accusa de produire la purulence et je crois qu'on avait raison : la théorie des germes microbiens est venue nous démontrer la cause pathogénique de cette transformation. Aussi a-t-on recommandé, pour éviter ce danger, d'opérer avec des instruments désinfectés soigneusement. Nous-même avons insisté sur ce point dans un cas où il nous a paru que les germes venus du dehors avaient été la cause des accidents et nous avons préconisé l'emploi de l'étuve pour stériliser les trocars (Société des Hôpitaux. Séance du 10 mars 1882). Mais on exagère aujourd'hui cette doctrine et il semblerait que toutes les pleurésies séreuses, qui deviennent purulentes, le deviennent par un défaut de soins de l'opérateur et ne sauraient le devenir spontanément. Chez notre malade, dès la première ponction, l'épanchement était réellement purulent. (Pour dire vrai, la purulence légère au moment de la première ponction avait un peu augmenté au moment de la seconde ponction, deux mois plus tard).

Dans l'année 1884, je fis quatre ponctions, chaque fois l'épanchement s'est reproduit ; je me suis lassé et depuis dix-huit mois je me suis abstenu de toute intervention thérapeutique. Voici aujourd'hui l'état de notre malade : Il a un épanchement thoracique gauche abondant que j'évalue à trois litres. Je ne rappelle pas les signes des épanchements considérables, je signale seulement le déplacement du cœur. La pointe bat au niveau de l'extrémité sternale, mais on sent un frémissement synchrone aux contractions cardiaques, qui se perçoit très nettement dans toute la région sous-mammaire droite ; le cœur a subi une dislocation, la pointe est retenue par l'insertion du péricarde sur le diaphragme, mais la base a été rejetée à droite.

La fièvre est nulle ou peu marquée, la température étant de 37° le matin, 37°6 le soir, exceptionnellement 38°. L'appétit est assez bon, les digestions sont un peu lentes, l'embonpoint est suffisant, quoiqu'il y ait un peu d'amaigrissement depuis deux ans.

Le malade se promène toute la journée et travaille volontairement en aidant les infirmiers à faire le service des salles.

Le liquide de l'épanchement est absolument opaque, mais peu épais, et les globules de pus nagent dans une plus grande quantité de sérum que dans les pleurésies purulentes aiguës. On y trouve les microcoques observés en pareille circonstance, mais ici ils sont beaucoup moins nombreux que d'habitude.

Je terminerai en disant qu'il n'y a chez cet homme aucun signe de tuberculose.

OBSERVATION X.

Pleurésie purulente latente traitée avec avantages par de simples ponctions aseptiques répétées.

(DESPLATS, de Lille. *Société médicale des Hôpitaux*, p. 90.)

Léonard M..., menuisier, entra pour la première fois dans mon service, le 5 décembre 1882. Il toussait depuis deux ans et avait eu plusieurs hémoptysies. Au moment de son entrée, le phénomène saillant était la dyspnée; il n'avait pas de fièvre. L'examen de la poitrine révélait l'existence d'un épanchement énorme; la matité était absolue dans toute la hauteur du côté droit.

Du 6 au 26 décembre, on lui fit quatre ponctions donnant 6,500 centimètres cubes d'un liquide séro-purulent. Pas de fièvre. Etat général excellent. Le 3 février, le malade sortait se croyant guéri, mais il retrait le 10 avril. Le 13 et le 18 avril, on fit une

ponction; il ressortait le 17 mai. Ce malade reprenait son travail, et le continuait sans interruption pendant deux ans et demi.

En novembre 1883, il rentrait à l'hôpital, se plaignant de dyspnée. Depuis, il a subi quatre ponctions, et chaque fois on a retiré 1,200 à 1,800 centimètres cubes de vrai pus.

Son état général s'améliore, sa dyspnée disparaît, ses forces reviennent. Il n'a jamais eu de fièvre; un intervalle de deux mois s'est écoulé entre les deux dernières ponctions. Je suis convaincu que bientôt il pourra sortir et reprendre son travail.

OBSERVATION XI (*résumée*).

Pleurésie hémorrhagique. — Une thoracentèse. — Guérison.

(*In thèse de MOUTARD-MARTIN, p. 114.*)

K..., 37 ans, surveillant à Mazas, est un homme de constitution moyenne, sans maladie antérieure et d'une santé habituellement bonne. Il se présente à l'hôpital, le 2 juin 1871.

Au commencement de l'hiver, à la suite de coups reçus sur la poitrine, il a craché le sang pendant quatre jours. En avril, il a ressenti dans le côté gauche des douleurs d'abord vagues, puis assez aiguës pour l'empêcher de continuer son service. Depuis deux mois et demi, il maigrit, il a de l'oppression. Il garde le lit depuis le 20 mai, à cause de sa faiblesse et de son anhélation croissante.

Cet homme est amaigri, il se tient assis sur son lit à cause de sa dyspnée; il frappe par sa pâleur, son teint mat, son aspect souffrant. Peu de toux; expectoration nulle. L'appétit reste bon; ni diarrhée, ni sueurs nocturnes. L'examen du malade dénote un épanchement très abondant du côté gauche. Du 2 au 18 juin, les

signes physiques tantôt s'améliorent, tantôt s'aggravent. Le 18 juin, l'état général a empiré, la dyspnée augmente, la faiblesse est extrême.

19 juin. Ponction ; 3 litres de liquide hémorrhagique.

Le soir, amélioration, bien-être considérable. Les jours suivants, la sonorité et la respiration reviennent du côté gauche. L'état général est excellent. Quand, le 16 juillet, il demanda sa sortie de l'hôpital, il était méconnaissable et, sauf un peu de pâleur, présentait tous les attributs de la santé.

OBSERVATION XII (*résumée*).

Pleurésie hémorrhagique du côté droit chez un vieillard de 81 ans. — Extraction de 14 litres de liquide sanguinolent par sept ponctions successives. — Affaiblissement progressif du cœur. — Mort.

(In thèse MOUTARD-MARTIN, 1878, p. 114.)

Th..., âgé de 81, ans a toujours joui jusqu'à ces dernières années d'une santé parfaite. Au mois de septembre 1867, il eut une pleurésie dont il guérit très bien. En juin 1876, il fut pris un matin, en se levant, d'étourdissements, de troubles de la vue. Un an après, en mars 1877, il se plaignit de nouveau d'essoufflement et d'oppression. On reconnut l'existence d'un épanchement pleurétique double, beaucoup plus marqué à droite. Trois vésicatoires, quelques diurétiques et purgatifs suffirent pour amener la guérison. Depuis cette époque, cependant, l'essoufflement était facile. Six mois après, le 28 octobre, nouvel épanchement pleurétique à droite. Cette fois, purgatifs, diurétiques et quatre vésicatoires restèrent sans effet. Le liquide monta toujours et la suffocation devint menaçante.

Le facies est coloré, légèrement cyanosé ; la langue est cyanosée. Orthopnée. La toux et l'oppression causent depuis quelques jours une insomnie constante. Le côté droit du thorax est moins ample que le côté gauche. On constate à droite : les vibrations thoraciques à peine perceptibles, matité absolue dans toute la hauteur, silence respiratoire en avant, et en arrière : souffle tubulaire, bronchophonie, pectoriloquie aphone.

1^{re} ponction ; trois litres de liquide hémorrhagique.

Aussitôt l'oppression disparaît, le malade se sent bien. Les jours suivants, l'appétit est nul. Après avoir constaté une amélioration dans les signes physiques, il se produit de nouveau une aggravation, retour de l'orthopnée, un peu de cyanose. Une deuxième ponction donne issue à 1,900 grammes de liquide. Le malade se trouve bien, mange de bon appétit. Fièvre nulle. A la suite des quatre ponctions suivantes faites les 12, 14, 23 novembre et le 3 décembre, le malade éprouvait le même soulagement, la respiration revenait dans une certaine étendue, puis de nouveau l'oppression survenait.

7 décembre. Septième thoracentèse ; deux litres et demi.

Th... maigrit visiblement et se lève moins volontiers ; ses forces diminuent, bien que la situation de la poitrine s'améliore, au contraire, de jour en jour depuis la dernière ponction. Nuits agitées. Anorexie. Le malade a le sentiment de sa fin prochaine. Irrégularité et intermittences du pouls. Pas de souffle cardiaque.

31 décembre. Il déjeune assez bien, respire avec calme, ne se plaignant de rien, quand vers huit heures et demie du matin, il s'éteint en quelques instants.

Depuis quelque temps, les battements de cœur étaient plus faibles ; le pouls était irrégulier, intermittent ; aussi croyons-nous que le malade a succombé non point directement par le fait de sa *pleurésie qui était en voie de guérison*, mais par suite de l'affaiblissement du muscle cardiaque survenu sous l'influence de l'âge et surtout de l'affection longue, épuisante et grave dont il était atteint.

CHAPITRE II

Caractères cliniques.

Ce que l'on remarque tout d'abord dans les Observations de ces vieux épanchements, c'est qu'on les rencontre chez des individus ayant joui jusqu'alors d'une bonne santé, ou n'accusant comme maladies antérieures qu'une ou deux pleurésies, qui n'ont été que le début de leur affection actuelle. (Obs. II, VII, XII.) Ils ne peuvent préciser souvent l'époque où ils ont commencé à souffrir. Quelques-uns ont ressenti dans le côté une douleur plus ou moins vive, intermittente, apparaissant de temps en temps (Obs. I, VIII, XI), durant plusieurs mois (Obs. VII), puis disparaissant pour revenir ensuite. Les uns se plaignent d'une toux persistante, continue (Obs. I, IV, V, XII); d'autres ne toussent que rarement (Obs. VII) ou n'ont jamais toussé (Obs. II, VIII). Ce que l'on note chez tous ces malades, c'est une gêne de la respiration, gêne croissante correspondant à l'augmentation de l'épanche-

ment, plus accusée à certains moments, moins accusée à d'autres (Obs. I), comme si le liquide se résorbait en partie ou plutôt comme si les poumons refoulés s'habituèrent à une nouvelle compression. La fièvre est nulle, excepté chez le malade de l'Obs. VIII, dont la température s'élève un peu, le soir, de temps à autre, et chez celui de l'Obs. III où l'on constate, par moments, des accès de fièvre forçant le malade à s'aliter. Au milieu de ces symptômes divers, inconstants, la santé générale est à peine altérée; il n'y a ni diarrhée, ni trouble digestif, le malade conserve son embonpoint ou maigrit peu, mais il éprouve un peu d'affaiblissement qui l'oblige à renoncer momentanément à ses occupations habituelles. L'intégrité relative de l'état général constitue un des caractères les plus saillants de cette variété d'épanchements. Le général russe, dont N. Guéneau de Mussy nous a laissé l'histoire, promène pendant 15 ans son épanchement à travers l'Europe, allant de médecin en médecin, de climat en climat, pour chercher à sa dyspnée un soulagement que les moyens médicaux ne lui procurent pas; dans la seconde observation de Guéneau de Mussy, nous voyons le malade continuer pendant deux ans son dur métier de forgeron avant d'arriver à l'hôpital, ayant dans sa plèvre plus de cinq litres de pus; les deux malades dont nous avons rapporté l'observation ne cessent de travailler, si ce n'est par intervalles très courts, l'un pendant deux ans, l'autre pendant six ans, ayant leurs plèvres remplies, le premier de liquide purulent, le second de liquide hémorrhagique; le méca-

nicien (Obs. VIII), malade depuis près de trois ans, n'en continue pas moins son travail, se contentant de s'arrêter un peu de temps en temps pour reprendre haleine, et ce n'est que le jour où la difficulté de respirer devient trop prononcée qu'il se décide à entrer à l'hôpital où on lui retire en une seule ponction 4 litres et demi de pus, etc. Cette intégrité des forces, des fonctions digestives, de la nutrition explique la marche lente de ces épanchements. Des mois, des années s'écoulent entre le début de l'affection et le moment où, sans cause appréciable, l'oppression augmente et oblige le malade à venir consulter.

L'aspect de ces malades est souvent à ce moment caractéristique. Bien qu'ayant encore un certain embonpoint, ils ont les traits tirés, fatigués; ils sont pâles, quelques-uns déjà cyanosés (Obs. IV, VI, XII); leur respiration est courte, fréquente; aux questions qu'on leur pose, ils répondent par des paroles brèves, des phrases entrecoupées, s'arrêtant pour reprendre haleine. Le plus souvent ils n'ont pas d'expectoration, pas de fièvre; le pouls est bon. Ce qui domine, c'est la dyspnée.

Quand on regarde leur poitrine, on est frappé de l'asymétrie considérable qu'elle présente. L'un des côtés est bombé, globuleux; les espaces intercostaux sont élargis, saillants; « la portion convexe de l'arc costal est relevée et portée en dehors, dit M. Peyrot, le sternum se déjette vers le côté malade. Il résulte de là que le thorax est comme entraîné en masse vers le côté malade; l'angle formé par les côtes et la colonne

vertébrale tend à s'ouvrir de ce côté, tandis qu'il se ferme du côté opposé. » On peut citer comme une exception le malade de l'Obs. III, dont les dernières côtes avaient une direction verticale, direction due, dit Guéneau de Mussy, à l'abaissement du diaphragme. Dans deux de nos *Observations* cependant (Obs. II et XII), le côté de l'épanchement est moins ample que le côté opposé, c'est que, dans ces deux cas, il y avait eu de ce côté une pleurésie antérieure; ne pourrait-on donner de ce retrait du thorax l'explication suivante : à une certaine époque de la maladie, l'épanchement aurait été très considérable; le poumon complètement retracts, bridé par une coque inextensible, serait resté appliqué contre la gouttière costo-vertébrale; puis le liquide venant à diminuer, le côté correspondant de la paroi thoracique se serait affaissé sous la pression atmosphérique au fur et à mesure de la diminution de l'épanchement. Les autres signes physiques n'ont rien de pathognomonique, ce sont ceux de tous les épanchements abondants de la plèvre; absence de vibrations thoraciques, matité dans toute la hauteur, silence respiratoire, quelquefois cependant un souffle caverneux ou amphorique vers la racine du poumon, contre la colonne vertébrale.

Nous voudrions faire ressortir un signe que nous avons dans toute sa netteté sur le malade de l'Obs. I, nous voulons parler de la discordance qui existe souvent, dans ces vieux épanchements, entre les résultats fournis par la percussion et ceux fournis par l'auscultation. En effet, après les quatre premières ponctions,

on entendait du côté malade le murmure respiratoire absolument normal dans toute la hauteur, et cependant la matité était toujours absolue, complète dans toute la hauteur, matité due sans doute à une couche épaisse de néo-membranes. C'est ce qu'avaient noté M. Sainton dans l'Obs. IV, « il n'existe de matité qu'en arrière et en bas, mais même en ce point on perçoit le murmure vésiculaire quoiqu'affaibli, il reste sans doute là une couche de fausses membranes, sans mélange de liquide », et M. Barié, dans l'Obs. V, « la portion inférieure gauche montre toujours de la matité, mais les trois quarts supérieurs ont un peu de sonorité; dans ces points la respiration est presque aussi pure que du côté droit. »

Dans l'épanchement droit, le foie est abaissé; dans l'épanchement gauche, le cœur est refoulé. Parfois il s'agit d'un refoulement mécanique, dû simplement à l'abondance du liquide et qui cède à la première thoracentèse (Obs. IV) ou aux ponctions suivantes (Obs. I, II, V); mais d'autres fois, le cœur contracte des adhérences (Obs. IX), et après l'évacuation complète, on voit encore sa pointe battre au niveau du sternum. Ce qu'il y a de remarquable, dans ces vieux épanchements, c'est la tolérance des organes thoraciques, qui peut être poussée très loin et durer fort longtemps, parce que la compression de ces organes est lente, progressive. Il y a cependant des limites qu'elle ne peut dépasser, alors la situation devient grave et l'intervention est imposée par l'imminence de la syncope et de l'asphyxie.

La première ponction produit toujours une amélio-

ration notable, voire même la guérison (Obs. XI); nous ne citons pas les malades des Obs. VI et VII, sortis peu de temps après leur ponction; on ne les a pas revus, on est donc en droit de contester leur guérison définitive. Elle provoque dans certains cas une certaine excitation de la plèvre (Obs. VI, VII) et, pendant plusieurs jours, le malade peut présenter un mouvement fébrile.

Le liquide pleural n'ayant dans ces vieux épanchements aucune tendance à la résorption, on est le plus souvent obligé de pratiquer des ponctions successives simples ou suivies de lavages, et l'on obtient dans tous les cas une amélioration de plus en plus grande (Obs. III, IV, IX, X, XII) ou une guérison définitive, comme nous avons eu le plaisir de le constater dans nos deux Observations, et comme M. Barié en a rapporté un cas (Obs. V) dont le résultat est cependant contesté par M. Bouveret.

CHAPITRE III

Traitement.

« Guérir quelquefois, soulager toujours », dit une vieille maxime traçant le rôle du médecin. C'est le soulagement de son oppression que nous demande tout d'abord le malade asphyxiant, cyanosé, menacé de syncope. La première indication consiste à diminuer l'abondance du liquide qui comprime ses poudons et son cœur, et en gêne le fonctionnement. Souvent il faut agir sans retard pour ne pas voir se renouveler sous ses yeux les exemples malheureux rapportés par Lasèque et par Trousseau. Il est évident qu'alors on devra aussitôt recourir à la thoracentèse (Obs. I, II, IV, VI, XII) ; mais si le malade, bien qu'accusant un peu de dyspnée, ne présente aucun symptôme alarmant, en un mot, s'il n'y a pas urgence, ne peut-on essayer pendant quelque temps l'emploi des révulsifs et de la medication interne ? Les diurétiques, antiphlogistiques,

vésicatoires dont l'efficacité est si douteuse lorsqu'il s'agit d'une pleurésie séreuse aiguë, ne peuvent rien sur cette plèvre non enflammée, épaissie, sclérosée, qui a perdu la plus grande partie de sa vitalité; ainsi, pendant plusieurs années, on soumit à ce traitement, sans aucun résultat, le général russe dont parle Guéneau de Mussy; le malade de M. Barié supporta successivement six vésicatoires. Il faut donc de préférence recourir à la thoracentèse.

Doit-on toujours opérer?

« Voici un malade qui, depuis plusieurs années, a un épanchement considérable dans la plèvre, néanmoins, son état général est satisfaisant, les fonctions digestives sont bonnes et c'est à peine s'il existe une très légère dyspnée, dyspnée très supportable et qui ne l'empêche pas de se livrer à ses occupations; c'est en quelque sorte par hasard qu'on découvre son épanchement. Irons-nous par des ponctions, risquer de produire des poussées inflammatoires (Obs. VI, VII)? Les chances de guérison sont tellement aléatoires, étant donnée la nature de la lésion, qu'il faut aussi sérieusement compter avec les risques d'aggravation qui pourraient résulter de notre intervention, aggravation que le malade nous pardonnerait d'autant moins que rien à ses yeux ne justifierait cette intervention. Aussi, tant qu'une indication pressante ne nous forcera pas d'intervenir, dit M. le Dr Vaté, nous croyons préférable de nous abstenir. » Nous nous permettrons de faire remarquer que les malades sur l'observation desquels s'appuie l'opinion de M. Vaté, ne présentè-

rent cette aggravation que peu de temps, l'un 11 jours, l'autre 15 jours; au bout de ce temps, la température s'abaissa, l'oppression devint moins forte, l'épanchement diminua, et les malades bien améliorés, sinon guéris, sortirent de l'hôpital quelques semaines après. La thoracentèse est nécessaire, car, même en l'absence de dyspnée et de tout symptôme grave, la mort subite, dit M. le professeur Dieulafoy, peut arriver dès que l'épanchement atteint deux litres. Ne sait-on pas aussi combien sont plus graves dans ce cas les maladies intercurrentes des organes respiratoires : bronchite, congestion pulmonaire, pneumonie, etc., qui peuvent facilement provoquer une terminaison fatale; et ne sait-on pas, d'autre part, que la thoracentèse bien conduite, avec les précautions antiseptiques nécessaires, ne doit pas produire et ne produit pas le retour à l'état aigu et les transformations purulentes si redoutées autrefois.

La thoracentèse étant décidée, il y a, en dehors d'une antiseptie minutieuse, certaines précautions à prendre, surtout avec ces vieux épanchements. Il faut évacuer le liquide *lentement et à petites doses*, pour éviter les quintes de toux, les tiraillements épigastriques que l'on trouve notés dans les Obs. IV, VIII où, en une fois, on avait retiré dans l'une 2 litres et demi, dans l'autre 4 litres et demi de liquide; mais surtout pour prévenir le trop brusque déplacement des organes intra-thoraciques, fixés depuis longtemps dans leur position anormale, le déplissement trop rapide des alvéoles pulmonaires, l'afflux du sang et la congestion

aiguë du poumon; ce serait supprimer brusquement la pression que l'épanchement exerce sur les vaisseaux de la séreuse et des néo-membranes et provoquer ainsi, par rupture de ces vaisseaux ou par exsudation, la reproduction de l'épanchement. Il ne faut jamais, suivant M. Dieulafoy, retirer de la plèvre en une seule séance, plus de 1,000 à 1,200 grammes de liquide et suspendre l'opération, s'il survient une toux opiniâtre, une sensation de constriction thoracique. Nous avons eu bien des fois l'avantage d'entendre notre Maître nous redire ces excellents conseils. Dans notre Obs. II, les ponctions furent volontairement arrêtées après l'évacuation de 400 à 500 grammes de liquide hémorrhagique. Dans l'Obs. I, on trouve notées des quantités plus fortes, 1,550, 1,600 grammes de liquide, mais nous ferons remarquer que notre ponction se divise, pour ainsi dire, en une série de petites ponctions dans l'intervalle desquelles le poumon se déplisse graduellement; nous ne faisons que très peu de vide, 5 à 6 coups de piston; après un moment, l'écoulement n'est plus aussi abondant, nous fermons alors le robinet d'écoulement et nous refaisons un peu d'aspiration pendant que le malade respire librement.

On a cité des exemples de guérison survenue après une seule ponction (Obs. VI, VII, XI), ces faits sont rares et quelques-uns sujets à contestation. La question qui se pose alors est donc celle-ci. La première ponction n'ayant soustrait qu'une partie de l'épanchement, l'excédent du liquide qui donnait au malade son oppression récente, doit-on s'en tenir là après

l'avoir ramené au point où il en était auparavant? S'il s'agit d'un enfant, il n'y a pas d'hésitation à avoir. Chez eux, la paroi thoracique est si flexible qu'on peut la voir, à la suite d'épanchements qui se résorbent, s'effondrer en quelque sorte jusqu'à représenter un creux au lieu de la saillie normale. Chez un vieillard, au contraire, les chances de guérison complète d'un pareil épanchement sont certainement réduites au minimum. Ici, chez un adulte, l'évacuation complète du liquide pratiquée successivement est à tenter avec des chances égales de succès et d'échec » (1).

On fait donc plusieurs ponctions en surveillant avec soin les modifications qui se produisent dans les signes physiques et en examinant la nature du liquide renfermé dans la plèvre.

Si l'on a affaire à un liquide neutre, *indifférent*, en un mot à un vaste kyste pleural (Obs. II), et si d'autre part on constate le retrait du thorax et le retour du murmure respiratoire s'entendant chaque fois dans une plus grande étendue, indice de l'expansion du poumon, il y a bien des chances pour que l'épanchement ne se reproduise pas et on doit essayer de l'évacuer jusqu'à épuisement.

Mais si, après avoir retiré de la plèvre une quantité de liquide correspondant à peu près à sa capacité, on constate la reproduction de l'épanchement ainsi que M. Debove l'observa chez le malade qui fait le sujet de son intéressante communication à la Société médicale des Hôpitaux (Obs. IX), comme nous-même l'avons

(1) Fernet. *Mercredi médical*, 1890.

observé chez notre malade (Obs. I), quelle est alors l'indication à poursuivre?

S'efforcer de rendre le liquide indifférent et stérile parce qu'alors il suffira de l'évacuer, il ne doit pas se reproduire. On peut arriver à ce résultat, notre Observation en est la preuve. Par quel procédé? En faisant des lavages dans la plèvre et des injections capables de supprimer les qualités virulentes du liquide.

Plusieurs lavages et injections pourront être nécessaires; quelquefois il suffira d'un seul lavage et d'une seule injection, comme dans notre Observation.

Quant à savoir le moment où l'on aura obtenu ce résultat, il est facile d'y arriver en pratiquant quelques jours après chaque lavage ou injection une ponction exploratrice et en s'assurant, par l'examen bactériologique, si le liquide est encore ou a cessé d'être virulent.

Dès que la stérilité complète du liquide épanché est obtenue, on peut être à peu près certain que l'évacuation simple du liquide suffira pour arriver à une guérison complète.

Nous ne parlerons ici ni de la technique, ni du liquide employé pour les injections intra-pleurales; ce sujet a été complètement étudié dans tous ses détails par notre excellent Maître, M. le docteur Fernet, et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer aux deux importants mémoires qu'il a publiés sur ce sujet (1).

(1) Fernet. *Du traitement des pleurésies purulentes et infectieuses par les injections intra-pleurales*. Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 3^e série, 7^e année, n^o 28.

Fernet. *Des injections intra-pleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses*. Id. Séance du 12 juillet 1889.

CONCLUSIONS

1° Les épanchements chroniques de la plèvre ont été décrits sous les noms d'empyème graisseux, d'épanchement chyliforme, de pleurésie latente.

2° A côté de ces épanchements puriformes, il y a lieu de placer quelques épanchements hémorrhagiques.

3° Ces vieux épanchements sont graves surtout par les troubles fonctionnels qu'ils entraînent.

4° Ils n'ont aucune tendance à la résorption spontanée.

5° Les révulsifs et la médication interne n'ayant ici aucune efficacité, il y a lieu de traiter ces épanchements par des moyens chirurgicaux.

6° La thoracentèse pratiquée avec mesure et sous forme de petites ponctions successives ne présente pas actuellement de dangers, grâce à l'emploi des précautions antiseptiques.

7° Elle peut suffire à elle seule à amener la guérison.

8° Si la reproduction de l'épanchement et les exa-

meus bactériologiques du liquide dénotent que l'épanchement présente encore quelque caractère infectieux, il y a lieu d'adjoindre à la thoracentèse l'emploi des lavages et des injections antiseptiques dans la cavité pleurale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- E. BARIÉ. — Progrès médical, 1875.
BOUCHARD. — Communication à l'Académie des sciences, 1887.
BOUVERET. — Traité de l'empyème. Lyon, 1888.
DEBOVE. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1881 et 1887.
DESPLATS. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1887.
DIEULAFOY. — Traité de pathologie interne.
FAVRE. — Thèse de Paris, 1873.
FERNET. — Mercredi médical, 1890. Bull. Soc. méd. des Hôpitaux, 1889.
GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, t. I.
MOUTARD-MARTIN. — Thèse de Paris, 1878.
M^{me} PÉRÉE. — Thèse de Paris, 1881.
SAINTON. — Thèse de Paris, 1881.
VATÉ. — Thèse de Nancy, 1889.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

